


Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

Medicina

Nombre: _____

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD COTOPAXI		
		
UNIDAD EJECUTORA _____		UNIDAD OPERATIVA _____
SERVICIO: _____		DÍA, MES, AÑO: _____
DATOS DEL PACIENTE		RECTA N° 1
NOMBRES Y APELLIDOS	H. CLÍNICA	CIE 10
DOCUMENTO IDENTIDAD: _____	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
EDAD: _____	NACIONALIDAD: _____	
DATOS DEL MEDICAMENTO AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO <input type="checkbox"/>		
DATOS DEL PRESCRIPTOR		PAUTA
espacio para el sello y firma del prescriptor (nombre apellido, especialidad, libro, folio y numero)		DOSIS: _____
		FRECUENCIA: _____
		DURACIÓN: _____
INDICACIONES		RECETA N°
NOMBRES DEL PACIENTE		DIA, MES, AÑO
PRESCRIPTOR		DISPENSADOR
DOSIS: _____		VIA DE ADMINISTRACIÓN: _____
FRECUENCIA: _____		MAÑANA HORA: _____
DURACION: _____		MEDIO DIA HORA _____
FIRMA Y SELLO		TARDE HORA: _____
		NOCHE HORA: _____